

様式第1号 (第3条関係)

障害者控除対象者認定申請書

年 月 日

小田原市福祉事務所長 様

申請者 住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_  
対象者との関係 \_\_\_\_\_

所得税法施行令第10条及び地方税法施行令第7条又は第7条の15の7に定める障害者又は特別障害者として認定して下さるよう申請します。

対象者	住 所	小田原市		
	氏 名		生年月日	明治 大正 年 月 日 昭和
障害事由	<input type="checkbox"/> 身体障害者に準ずる		<input type="checkbox"/> 知的障害者に準ずる	

障害者控除対象者認定にあたり、介護保険認定審査会資料及び主治医意見書等を認定資料として使用することに同意します。

対象者名 \_\_\_\_\_